



ເອກະສານຂໍ້ຕອງເຂົ້າຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບສະພາບການທາງດ້ານການແຜດ/ການເສັ້ນອິງຄະ

Documentation Request for Medical/Disability Condition

ຮຽນ ຜູ້ສະໝອງການປິ່ນປົວທີ່ນັບຖື:

_____ (ຊື່ຂອງລູກຄ້າ) ໂດຍບອກທວາຍເຂົ້າວ່າສະພາບການທາງການແຜດຕີດກັນ ຫຼື ຈຳກັດເຂົ້າໃນການເຂົ້າຮ່ວມໃນກິດຈະກຳ WorkFirst ທີ່ອາດລວມມີ ການຊອກຫາວຽກງານ, ການກະກຽມເຜື່ອເຮັດວຽກ, ການເຂົ້າຫ້ອງສຶກສາຮ່າຍງານ, ການຝຶກອີບຕິມ ຫລື ການເຮັດວຽກ.

ກະລຸນາປະກອບປອມໝັ້ງສີທີ່ຄັດຕິໄມ້ນີ້ເຜື່ອອະທິບາຍກ່ຽວກັບສະພາບການຈຳກັດເຫັນໆນີ້.

ພວກເຮົາຈະໃຊ້ຂໍ້ມູນນີ້ເຜື່ອຕັດສິນກ່ຽວກັບລະເທິງການເຂົ້າຮ່ວມໃນການຊອກຫາວຽກງານ, ການກະກຽມຕົວເຜື່ອເຂົ້າເຮັດວຽກ, ການເຂົ້າຫ້ອງສຶກສາຮ່າຍງານ, ການຝຶກອີບຕິມ ຫລື ການເຮັດວຽກໄດ້ຫລາຍເຖິງ 40 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ອາຫິດ.

ຂໍ້ຄວາມກະລຸນາໃຫ້ທ່ານສະໝອງຂໍ້ມູນໃຫ້ແກ່ພວກເຮົາປະນານວັນທີ _____ (ກຳນົດວັນທີທີ່ຕ້ອງສິ່ງ).
ຖ້າພວກເຮົາ ປິດຮັບຂໍ້ມູນອັນດີຈາກທ່ານ, ພວກເຮົາອາດຕັ້ງຮຽກຮ້ອງໃຫ້ເຂົ້າຮ່ວມໃນກິດຈະກຳທີ່ອະທິບາຍຢູ່ເຕີງເຕັ້ນເວລາໄດ້ຫລາຍເຖິງ 40 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ອາຫິດ.

ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມ ຫຼື ຕ້ອງການເວລາເຜື່ອສັງຂໍ້ມູນໃຫ້ພວກເຮົາເຜັ່ນຕິ່ນອີກ, ກະລຸນາໂທຫາຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ທີ່ເປີ _____ (ເປີໂຫລະສັບຂອງຜະນິກງານ).

ຂໍຂອບໃຈເປັນຢ່າຍຍິ່ງ,

ເອກະສານຂໍຮອງເອົາຂຶ້ນກ່ຽວກັບສະພາບການດ້ານທາງການແຜດ/
ການເສີ່ວອົງຄະ

Documentation Request for Medical/Disability Condition

ຊື່ຂອງຜູ້ໃຊ້ລິການ	ເລກປະຈຳຕົວຂອງຜູ້ໃຊ້ລິການ
ຊື່ຂອງພະນັກງານ WORKFIRST	ເມືອໂທລະສັບ
ຫຼູ້ຂອງການບໍລິການອຸນດຸນ (CSO)	
<p>ເຝື່ອຊ່ວຍໃຫ້ທາງພະແນກຕັດສິນກ່ຽວກັບຂໍ້ຈຳກັດຂອງບຸກຄົນທີ່ມີຊື່ຢູ່ຂາງເທິງໄດ້, ກະລຸນາສະໜອງຂຶ້ນມູນຕໍ່ໄປນີ້:</p> <p>1. ບຸກຄົນຜູ້ນີ້ມີບັນຫາທາງດ້ານຮ່າງກາຍ, ທາງໆມັນສະໜອງ, ຄວາມຮູ້ສຶກ, ຫຼື ການຈະເລີນເຕີບໂຕສະເພາະໃດນີ້ທີ່ຕ້ອງການສົ່ງອໍານວຍຄວາມສະດວກ ຫຼື ການພິຈາລະນາເພີ່ແສດບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ປະເພດຂອງສະພາບ ຫຼື ຜົນຂອງການກວດຜະຍາດ:</p> <p>ສິ່ງເວົ້ານີ້ມີການຢັ້ງຢືນໂດຍບົດລາຍງານເສີນຂອງການທີ່ດີລອງ, ການກວດໃນຫ້ອງທີ່ດີລອງ, ອື່ນງ ໃດບໍ່? <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> ຖ້າມີ, ໃຫ້ຂັດຕິດ ແລະ ສິ່ງເອກະສານເຫັນໜີ້ນີ້ມາໃຫ້.</p> <p>2. ສະພາບອັນ (ເຫຼົ່າງ) ນີ້ຈຳກັດຄວາມສາມາດຂອງລາວໃນການຮັດຕອນກາ (ເຊື່ອໆ, ການຍົກຂອງໜັກ, ຍືນ ຫຼື ມົ່ງເປັນເວລາດິນ, ການປະຕິບັດຕາມ ຕຳແມະນຳ, ກົ້ນລົງ, ຢື້ອີ່າ, ການເຕັ້ງໃຈເປັນເວລາຍາວນານ, ຢູ່ໃນຫ່າທີ່ຊ້າອຸນກັນຫລາຍງ ຄັ້ງ, ຜົວມັງກັບຄົນ, ແລະ/ຫຼື ສຳຜັດກັບສານຄົມ, ຜະໜັດຕະໜັນຄົມ, ອື່ນງ) ແມ່ນບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ</p> <p>ຖ້າແມ່ນ, ອະທິບາຍການຈຳກັດສະເພາະເຫັນໜີ້ນັ້ນ:</p> <p>ຖ້າແມ່ນ, ບຸກຄົນຜູ້ນີ້ຄວນຖືກຈຳກັດການເຂົ້າຮ່ວມໃຫ້ຢູ່ໃນຈຳນວນເວລາຕໍ່ໄປນີ້ຕໍ່ອ່າທິດ:</p> <p><input type="checkbox"/> 0 ຊົ່ວໂມງ (ບໍ່ສາມາດເຂົ້າຮ່ວມ) <input type="checkbox"/> 1 – 10 ຊົ່ວໂມງ <input type="checkbox"/> 11 – 20 ຊົ່ວໂມງ <input type="checkbox"/> 21 – 30 ຊົ່ວໂມງ <input type="checkbox"/> 31 – 40 ຊົ່ວໂມງ</p> <p>3. ສະພາບອັນ (ເຫຼົ່າງ) ນີ້ຈຳກັດຄວາມສາມາດຂອງລາວໃນການເຂົ້າຮ່ວມໃນກິດຈະກຳທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການກຽນຕົວເຝື່ອເຮັດວຽກ ແລະ ຊອກຫາ ວຽກງານ (ເຊື່ອໆ ເຂົ້າຫ້ອງເຝື່ອສຶກສາຮ່າງໆ) ຫຼື ອຽນວິຊາຊີ້ບໍ່ທ້ອາດຕ້ອງມີການນັ່ງເປັນເວລາທີ່ດິນນານ, ອຽນຄໍາຮອງຂໍເຮັດວຽກທີ່ອາດກ່ຽວຂ້ອງກັບການຮັກສາຄວາມຊົງຈຳ, ອ້ານ/ຂຽນ, ແລະ ລວບລວມເອົາຂຶ້ນ, ເຮັດ ແລະ ປະຕິບັດຕາມການນິດໝາຍ, ໃຊ້ພະຫະນະຂົນສົ່ງ, ຍືນ ລວນຄົວ, ເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຳພາດ, ປະຕິບັດຕາມແຜນການຂອງການເຮັດວຽກທີ່ຂຽນອອກ, ແລະ/ຫຼື ອ້າງເຫດຜົນເຝື່ອປຶກປ້ອງຜົນປະໂຫຍດ ຂອງໂວເງ ແມ່ນບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ</p> <p>ຖ້າແມ່ນ, ອະທິບາຍວ່າມັນຈຳກັດຢ່າງໃດ:</p> <p>ຖ້າແມ່ນ, ບຸກຄົນຜູ້ນີ້ຄວນຖືກຈຳກັດການເຂົ້າຮ່ວມໃຫ້ຢູ່ໃນຈຳນວນເວລາຕໍ່ໄປນີ້ຕໍ່ອ່າທິດ:</p> <p><input type="checkbox"/> 0 ຊົ່ວໂມງ (ບໍ່ສາມາດເຂົ້າຮ່ວມ) <input type="checkbox"/> 1 – 10 ຊົ່ວໂມງ <input type="checkbox"/> 11 – 20 ຊົ່ວໂມງ <input type="checkbox"/> 21 – 30 ຊົ່ວໂມງ <input type="checkbox"/> 31 – 40 ຊົ່ວໂມງ</p> <p>4. ຄົນຜູ້ນີ້ມີຂໍ້ຈຳກັດໃນການຍົກ ແລະ ແບກຫາມ ແມ່ນບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ</p> <p>ຖ້າແມ່ນ, ຄົນຜູ້ນີ້ມີຂໍ້ຈຳກັດຕາມເປົ້າ:</p> <p><input type="checkbox"/> ວຮກນິ້ງ: ຍົກໝັກເຖິງ ຫ້າ (5) ປອນຢູ່ເລື້ອຍງ ມີບາງຄັ້ງກໍຍົກໝັກທີ່ສຸດເຖິງ 10 ປອນ.</p> <p><input type="checkbox"/> ວຮກເບີ່າ: ຍົກໝັກເຖິງ 10 ປອນເລື້ອຍງ ມີບາງຄັ້ງກໍຍົກໝັກທີ່ສຸດ 20 ປອນ.</p> <p><input type="checkbox"/> ວຮກປານກາງ: ຍົກໝັກເຖິງ 25 ປອນເລື້ອຍງ ມີບາງຄັ້ງກໍຍົກໝັກທີ່ສຸດເຖິງ 50 ປອນ.</p>	

<p>5. ສະພາບອັນ (ເຫັນໆ) ມີມີຜົນກະທິບເຖິງຄວາມສາມາດຂອງລາວໃນການເຊົ້າໃຊ້ການບໍລິການ (ເຊັ່ນ ໃຊ້ໂທລະສົບ, ການຮັບການປິ່ນປົວ, ເຮັດ ແລະ ປະຕິບັດຕາມການນຳຕ່າຍ, ໃຊ້ການພາຫະນະຂົນສົ່ງ, ຊອກຫາທີ່ຢູ່ຂອງບ່ອນໃຫ້ການບໍລິການ) ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ທຸາແມ່ນ, ອະທິບາຍ:</p>			
<p>6. ສະພາບຂອງບຸກຄົນຜູ້ນີ້ທ່າທິວ່າຈະຈຳກັດຄວາມສາມາດຂອງລາວໃນການເຮັດວຽກ, ຊອກຫາວຽກງານ, ຫຼື ຜິກງານ ເປັນເວລາດິນປານໃດ? _____ ອາທິດ _____ ເດືອນ _____ ສະພາບນີ້ແມ່ນເປັນຢ່າງຖາວອນ.</p>			
<p>7. ມີແຜນການປິ່ນປົວສະເພາະທີ່ທ່ານຈະໃຊ້ແກ້ໄຂສະພາບການທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບສຸຂພາບ ຫຼື ການເສັ້ນອິງຄະຂອງຄົນຜູ້ນີ້ບໍ່? <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ ທຸາມີ, ໃຫ້ອະທິບາຍແຜນການການປິ່ນປົວນີ້.</p>			
<p>8. ມີປິ່ນຫາສະເພາະທີ່ຕ້ອງການ ການປະເມີນຜົນ ຫຼື ການຕິລາຄາບໍ່? <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ ທຸາມີ, ກະລຸນາອະທິບາຍປະເດຂອງການຕິລາຄາ ຫຼື ການປະເມີນຜົນ ແລະ ປະເດຂອງຜູ້ຊ່ວວອຊາມທີ່ບຸກຄົນຜູ້ນີ້ຄວນຖືກນຳສິ່ງໄປຫາ.</p>			
ຜູ້ສະໝອງການປິ່ນປົວທາງການແພດ/ຫລິ ໂລກຈິດ/ຜູ້ນັກວິຊາການອື່ນໆ			
ລາຍເຊັນ	ວັນທີ	ເປົ້າໂທລະສົບ	
ຂວ່ວວິດ			
ຫຼັງ	ເມືອງ	ນິດ	ແລກລະຫັດເຂດໄປສະນີ
		WA	
ການໃຫ້ສິດໃນການເປີດຜິຍຂໍ້ມູນອອກ			
ຂ້າພະເຈົ້າອານຸຍາດ _____ ທີ່ຢືນຢັນສະພາບຄວາມ ເຈັບເປັນ/ບາດເຈັບທີ່ກິດກັນຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ໃຫ້ສາມາດເຮັດວຽກໃຫ້ແກ່ Department of Social and Health Services (ພະແນກສິນລົງຄາະ ແລະ ສາຫາລະນະສຸກ), ເຊື້ອໃຊ້ໃນການປະເມີນຜົນຄວາມສາມາດຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນການເຈົ້າໂວມ WorkFirst Program ເທົ່ານັ້ນ. ຂ້າພະເຈົ້າ ເຈົ້າໃຈວ່າ ການເປີດຜິຍຂໍ້ມູນນີ້ ມີສະເພາະແຕ່ຂໍ້ມູນຂອງຜົນການກວດພະຍາດ ຫຼື ການປິ່ນປົວທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບສຸຂພາບຈິດ, ການໃຊ້ເຕັ້ງ ຫຼື ຢາແບບ ພິດກິດໝາຍ ແລະ ຜົນຂອງການກວດ Sexually Transmitted Diseases (ພະຍາດທີ່ຜິດຕໍ່ໂດຍທາງການຮວມຜົດ) (STD), ລວມທັງ HIV/AIDS (ເຊື້ອເຮັດສ ອາຍວີ/ໂລກເອດສ), ເມື່ອເວລາທີ່ຂໍ້ມູນເກົ່ານັ້ນເປັນສ່ວນນີ້ງຢູ່ໃນປິດບັນທຶກ. (Revised Code of Washington (RCW) 78.24.105)		ເປີດຜິຍຂໍ້ມູນໃນຝອມນີ້ ແລະ ບັນທຶກຂໍ້ມູນທາງການແພດໃດໆ WA	
ລາຍເຊັນຂອງຄົນເຈັບ	ວັນທີ		

ຄໍາແນະນຳ

ລູກ້າຂອງ DSHS: ຈຸດປະສົງຂອງຝອມເອກະສານນີ້ ແມ່ນເຜື່ອເກັບກຳເອົາຂໍ້ມູນນຳຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທາງການແພດຊົ້າຈະຊ່ວຍໃຫ້ຜູ້ຈັດການກໍລະນີ ທີ່ລີ ພະນັກງານສັງຄົມລົງເຄາະ) ຂອງທ່ານທີ່ບໍ່ທວນບັນຫາທາງສູ່ຂົພາບຂອງທ່ານ ແລະ ສ້າງ Individual Responsibility Plan ທີ່ເໝາະແກ່ຄວາມຕ້ອງການ ແລະ ຊື່ຈຳກັດສະເພາະຂອງທ່ານ ທລາຍທີ່ສຳ.

ຜູ້ບໍລິການດ້ານແຜດ/ການປິ່ນປົວຮັກສາສຸຂພາບ: ສໍາລັບຜູ້ຮັບບໍລິການທີ່ເປັນຜູ້ໃຫຍ່ ເຊື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກຮັຖານ (TANF), ເຄົາເຈົ້າຈະຕ້ອງເຮັດວຽກ, ຂອງຫາວຽກຢ່າງຫ້າວຫັນ, ຫລື ຮັບການຝຶກອົບຮົມເຊື່ອເຂົ້າເຮັດວຽກໄດ້ເປັນເວລາ 32 ເທິງ 40 ຫຼືວິໂມງຕໍ່ອາຫິດ. ຜູ້ຮັບບໍລິການບາງຄົນອາດຈະບໍ່ສາມາດມີຄືບຕາມຂໍ້ກໍານົດນີ້ຍ້ອນມີບັນຫາທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກຳບໍ່ສຸຂພາບ. ຜູ້ຮັບບໍລິການເຫັນວ່າມີອາດຈະມີຄວາມຕ້ອງການລະເວັ້ນຈາກກິດຈະກຳຂອງວຽກອົມນີ້ເປັນການຊ່ວຄາວ, ອາດຈະສາມາດເຂົ້າເຮັດໄດ້ແຕ່ວ່າໃນໄລຍະເວລາອົນຈຳກັດ, ຫລື ເຮັດໄດ້ແຕ່ບາງ ກິດຈະກຳຂອງວຽກບາງປະ ແຜດວຽກເຫົ້ານັ້ນ. ກະລຸນາປະກອບຟອມເອກະສານນີ້ ແລະ ເຊິ່ງໃຫ້ຜູ້ຮັບບໍລິການ ຫລື ສິ່ງເຕິງ WorkFirst ຜູ້ຈຳການກໍລະນີ ຫລື ພະນັກງານສົງຄົມສິງເຄາະຂອງໂຄງການ WorkFirst ໂດຍໃຊ້ຊອງທີ່ຄັດຕິດາມພ້ອມນີ້, ຫລື ສິ່ງຈິດໝາຍນ້ອຍ, ພົງສີ ຫລື ເອກະສານອົນອື່ນໃດໆ ກໍໄດ້ທ່ານມີຢູ່ໃນບັນທຶກຂອງທ່ານ ທີ່ລະບຸເຖິງກ່ຽວກັບຂໍ້ຈຳກັດຂອງບົກຄົນ.